

генитальных и экстрагенитальных инфекций, многоводия, анемии, угрозы прерывания беременности, ИЦН, ФПН, ХГП.

#### **Литература:**

1. Дисплазия соединительной ткани / под ред. Т. И. Кадуриной, В. Н. Горбуновой. – СПб. :Элби, 2009. – 714 с.

2. Козина, О. В. Беременность и роды у больных с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / О. В.Козина // Вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, № 1. – С. 66-69.

3. Наследственные нарушения структуры и функции соединительной ткани. Рос. нац. рекомендации / под ред. Э. В. Земцовского. – М., 2009. – 66 с.

### **УЗКИЙ ТАЗ: ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ И РОДОРАЗРЕШЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ**

*Мацуганова Т.Н., Бресский А.Г., Колбасова Е.А.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

**Актуальность.** Узкий таз является одной из актуальных проблем акушерства, так как от его размеров зависит возможность рождения плода через естественные родовые пути, а при несвоевременной диагностике роды при узком тазе создают опасность для матери и плода [1,2,3].

**Цель.** Провести анализ особенностей строения анатомически узкого таза в современных условиях и методов родоразрешения женщин с различными формами узкого таза.

**Материал и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ 90 историй родов женщин, которым выставлен диагноз анатомически узкого таза, родоразрешенных в роддоме БСМП г.Витебска Узкий таз диагностировался на основании данных наружной пельвиометрии и измерения диагональной конъюгаты. При проведении анализа мы исходили из определения, что анатомически узкий таз – это таз, у которого укорочены один или несколько размеров на 2 см и более, и классификации часто встречающихся форм узкого таза [1,3]. Диагноз общеравномерносуженного таза выставлялся тогда, когда все размеры таза (D. Spinarum, D. Cristarum, D. Trochanterica, C. Externa) были укорочены на одну и ту же величину; простого плоского таза – при укорочении прямых размеров таза (наружной конъюгаты и прямого размера плоскости выхода) и нормальных поперечных; плоскорахитического – при увеличении D.

Spinarum и приближении ее по размеру к D. Cristarum и укорочении C. Externa. Для диагностики поперечносуженного таза, наряду с измерением наружных размеров (укорочение только поперечных размеров, в большей мере D. Trochanterica, и при разнице между D. Spinarum и D. Cristarum 2 см),

дополнительно измерялся размер, проходящий по верхнему краю лона до паховых складок. По данным Е.А.Чернухи [3], он соответствует поперечному размеру плоскости входа в малый таз. Диагноз поперечносуженного таза подтверждался, если этот размер был меньше 12,5 см. Для диагностики таза с укорочением прямого размера широкой части полости малого таза и выявления сужения таза экзостозами проводилась пальпация поверхности крестца и стенок таза при вагинальном исследовании. Оценка степени сужения таза проводилась в соответствии с классификацией Литцмана [2,3] в зависимости от размера истинной конъюгаты. Последняя рассчитывалась по размерам наружной и диагональной конъюгат с учетом индекса Соловьева [2].

Обработка результатов проводилась с использованием программы Microsoft Excel.

**Результаты исследования.** Анализ данных наружной пельвиометрии показал, что в 26 случаях (28,9%) имела место неправильная трактовка размеров таза при постановке диагноза той или иной формы узкого таза, так как они соответствовали норме. Эти случаи были исключены из дальнейшего анализа. У 21 беременной (32,8%) размеры таза соответствовали поперечносуженному, у 16 (25,0%) – общеравномерносуженному, у 1 (1,6%) – простому плоскому и у 1 (1,6%) – плоскорахитическому. У 25 женщин (39,0%) размеры таза не соответствовали какой-либо форме узкого таза, но у них отмечалось укорочение от 1 до 3 размеров. Наиболее часто выявлялось укорочение D. Cristarum – у 21 женщины (32,8%), в том числе в сочетании с укорочением D. Spinarum – у 3 (4,7%), с укорочением D. Trochanterica – у 1 (1,6%) и у 3 (4,7%) – с укорочением D. Trochanterica и C. Externa. Вследствие укорочения D. Cristarum у 14 (21,9%) беременных разница между D. Spinarum и D. Cristarum уменьшалась до 1-2 см. В 4 случаях (6,2%) выявлен таз с укорочением D. Trochanterica и C. Externa. Сужение таза 1 степени имело место у 61 (95,3%) женщины, 2 степени – у 3 (4,7%). Сужения таза 3 и 4 степени не встречались.

Среди причин, предрасполагающих к формированию анатомически узкого таза, были выявлены конституциональные особенности: низкий рост (ниже 160 см) – у 17 (26,5%) женщин, высокий рост (170 см и выше) – у 11 (17,2%), дефицит массы тела – у 9 (14,1%), избыточная масса тела – у 10 (15,6%); детские инфекции – у 55 (85,9%), частые простудные заболевания – у 41 (60,1%), хронические инфекции – у 18 (28,1%); позднее наступление менархе – у 9 (14,1%), нарушения менструальной функции – у 29 (45,3%).

Родоразрешение женщин с узким тазом в 98,4% случаев проводилось при доношенной беременности. В 1 (1,6%) случае роды наступили в 36 недель. У 45 (70,3%) женщин роды закончились через естественные родовые пути. 19 женщин (29,7%) родоразрешены путем операции кесарева сечения: в плановом порядке – 11 (17,2%) при сочетании узкого таза с тазовым предлежанием плода (4 – 6,3%), рубцом на матке (6 – 9,3%), поперечным положением плода (1 – 1,6%); в экстренном – 8 (12,5%); в связи с

клинически узким тазом – 6 (9,4%) и отсутствием готовности шейки матки – 2(3,1%). 63 ребенка (98,4%) родились доношенными с оценкой по шкале АПГАР 8-9 баллов, один (1,6%) – незрелым в состоянии умеренной асфиксии.

#### **Выводы.**

1. В современных условиях наиболее часто встречаются поперечносуженный (32,8%) и общеравномерносуженный (25,9%) таз первой степени сужения (95,3%). У 39,0% женщин размеры таза не укладывались в какую-либо форму в соответствии с классификацией.

2. К особенностям строения таза в настоящее время можно отнести укорочение одного или двух размеров, наиболее частым из которых является укорочение D. Cristarum, в результате чего происходит уменьшение расстояния между D. Spinarum и D. Cristarum до 1-2 см.

3. Неправильная трактовка данных наружной пельвиометрии приводит к гипердиагностике анатомически узкого таза почти в 30% случаев.

4. При анатомически узком тазе остается высоким процент оперативного родоразрешения (34,4%), однако при плановом родоразрешении ни в одном случае узкий таз сам по себе не явился показанием для операции, а выступил в качестве дополнительного фактора при сочетании с рубцом на матке, тазовым предлежанием и поперечным положением плода.

5. Среди факторов риска формирования анатомически узкого таза в настоящее время имеют наибольшее значение нарушения менструальной функции и инфекции.

#### **Литература:**

1. Бодяжина, В. И. Акушерство / В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенков. – Курск : Медицина, 1995. – 496 с.
2. Радзинский, В. Е. Акушерство : рук. к практ. занятиям / В. Е. Радзинский. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 586 с.
3. Чернуха, Е. А. Анатомически и клинически узкий таз / Е. А. Чернуха, А. И. Волобуев. – М. : Триада-Х, 2005. – 375 с.

## **АНЕМИИ У ДЕТЕЙ**

***Мацук О.Н., Асирян Е.Г., Матющенко О.В.***

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Актуальность.** Анемия, одна из самых часто встречающихся патологий среди детского населения. По данным ВОЗ (2015) 2 миллиарда человек или 30% населения страдают от данного заболевания. В детской популяции 40% детей дошкольного возраста имеют малокровие, 90% от всех анемий - железодефицитные (ЖДА) [1,2,3].

**Цель.** Изучить структуру анемий у детей Витебского региона.